

東京衛生アドベンチスト病院 緩和ケア内科病棟外来受付票

フリガナ

患者氏名：

様 男・女

生年月日：西暦

年 月 日

歳

該当する項目を☑または○で囲み、分かる範囲でご記入ください。

I. 緩和ケア内科紹介の目的

- 今すぐの入院の必要性あるいは希望がある
将来に備えての登録希望 (抗がん剤治療中)

II. 診療情報

1. 診断

- 1) 診断名 主要な病態 例)貧血 黄疸 胸水 せん妄など

()

- 2) その他の疾患 糖尿病 腎障害 アレルギー 精神疾患

その他()

※診療情報提供書に記載必須項目の記入があるかご確認をお願いします。

発症もしくは診断時期 年 月 (わからなければ不詳でも結構です)

外科的手術術式 術式の年月日 年 月 日

2. 現在の緩和すべき症状と状態把握

1) 身体症状

- 痛み 倦怠感 呼吸困難 悪心・嘔吐 食欲不振 腹部膨満
浮腫 その他()

2) 精神症状

- 不眠 不安 抑うつ せん妄 認知症 見当識障害
徘徊 その他()

- 3) パフォーマンス・ステータス(PS) : 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4

III. 病名・病状の説明について

1. 本人へ(いつ頃;)

説明した

【病名のみ 転移・再発も含めて 予後も含めて(伝えた予後)】

2. 家族へ(いつ頃) 誰に：配偶者 子 兄弟姉妹

その他()

説明した

【病名のみ 転移・再発も含めて 予後も含めて(伝えた予後)】

IV. 臨床的予後予測 (記載時点で・複数回答可)

- 日単位 週単位 1~3 ヶ月程度 3 ヶ月~ ()

V. 留置物・チューブ類について

- なし あり 例)胃ろう 胸腔ドレーン CVポート()

VI. その他の特記事項

(入院にあたり知っておいた方がよいことがあれば教えてください)

例)ご家族関係 医療者との関係など

記載日 年 月 日

医療機関名()

医師・看護師・相談員 記入者名()

C-201